

**PLAN DE GESTIÓN**  
**E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA**  
**Vigencia 2012-2016**

Gustavo Adolfo Espinosa Yepes  
Gerente



## Tabla de contenido

Tabla de contenido.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	3
MARCO LEGAL.....	4
PRESENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN.....	5
1. Área de Gestión: Dirección y Gerencia.....	5
Objetivo:.....	5
Logros o compromisos.....	5
Actividades.....	6
2. Área de Gestión: Financiera y Administrativa.....	7
Objetivo:.....	7
Logros o compromisos.....	7
Actividades.....	8
3. Área de Gestión: Gestión Clínica o Asistencial.....	8
Objetivo.....	8
Logros o compromisos.....	8
Actividades.....	9
ANEXOS.....	10



## INTRODUCCIÓN

La modernización de la Administración Pública ha surgido como respuesta a la crisis de legitimidad, por tanto, se preocupa por el ajuste de los procedimientos y técnicas administrativas como respuesta a la necesidad de recomponer la relación insumo-producto, con el objetivo de mejorar el uso de los recursos y la energía organizacional, dando movimiento a la dinámica decisoria entre el nivel directivo, gerencial y operativo.

Dado que la Gerencia Pública colombiana ha evolucionado teniendo en cuenta los principios de eficiencia y eficacia, de igual manera el sector salud conexo a dicha filosofía plantea dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud tres ejes estratégicos para su accionar: accesibilidad, eficiencia y calidad. Y el Ministerio de Salud y Protección Social, define las condiciones y metodologías para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

## JUSTIFICACIÓN

El Plan de Gestión 2012-2016 de la E.S.E Hospital Santa Margarita, se convierte en el marco de acción entre la Junta Directiva, la Gerencia y el equipo Técnico Directivo, durante la vigencia descrita, y se articula con el Plan de Desarrollo Institucional.

Su construcción se fundamenta en:

- Los atributos de calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social): pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad, competencia, eficiencia, coordinación, aceptabilidad y efectividad.



- Manual de acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario (Ministerio de Salud y Protección Social):

*Intencionalidad del grupo de estándares de direccionamiento*, que entre otros dicta: “que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad...la evaluación integral de la gestión en salud”.

*Intencionalidad del grupo de estándares de gerencia*, que entre otros dicta “definición y monitorización de metas y objetivos por unidad funcional, alineados con las metas y los objetivos institucionales”.

## MARCO LEGAL

- Ley 1122 de enero 9 de 2007, artículo 2: Evaluación por resultados.
- Ley 1438 de enero 19 de 2011, artículo 72 Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales; artículo 73 Procedimiento para la aprobación del plan del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial; artículo 74 Evaluación del plan de gestión del director o gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial.
- Ley 1474 del 12 de julio de 2011, artículo 22 Omisión de control en el sector de la salud; artículo 74 Plan de acción de las entidades públicas.
- Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva , y se dictan otras disposiciones.

## PRESENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

El siguiente plan de gestión se estructura en tres (3) áreas de gestión según el lineamiento de la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, así: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Clínica o Asistencial.

Cada área de gestión con su línea base, logros y meta anual, se adjunta a este documento en matrices gerenciales.

Los logros o compromisos y las actividades que se detallaran a continuación por cada área de gestión, son producto del estudio de la línea base y de las oportunidades de mejora detectadas con relación a ésta. De igual manera, cada área de gestión relaciona como actividad común cumplir con el rol de acompañamiento y asesoría conforme al artículo 9 de la Ley 87 de 1993, conservando el principio de independencia y objetividad permanente en esta actividad; compromiso que será desarrollado por el equipo auditor que se conforme en la empresa para efectos de seguimiento entre pares en los diferentes frentes de trabajo, bajo la coordinación de la jefatura de la Oficina de Control Interno.

### 1. Área de Gestión: Dirección y Gerencia

Objetivo: Direccionar la empresa hacia el cumplimiento de los estándares de acreditación en salud, a través de la mejora continua de los procesos y el cumplimiento de las metas propuestas en el Plan de Desarrollo Institucional.

Logros o compromisos

1. Para la vigencia 2012, y más exactamente en segundo semestre, se realizará la autoevaluación de estándares de acreditación con asistencia de un asesor experto, para garantizar la objetividad de la misma, y el aprendizaje metodológico del equipo evaluador que se seleccionará de acuerdo con cada grupo de estándar a evaluar. El resultado de la autoevaluación 2012 servirá de línea base para el cálculo del indicador en el año 2013, y así en lo sucesivo.



2. Con base en el resultado de la autoevaluación 2012, se establece como meta para cada vigencia un incremento del 15% en la calificación de autoevaluación.
3. Establecer los procesos asistenciales prioritarios y los indicadores trazadores de calidad en la atención, siguiendo la metodología establecida por la ESE Hospital en el documento PAMEC y modelo de mejoramiento.
4. Hacer seguimiento sistemático entre pares a la efectividad de las acciones de mejora propuestas por el líder de cada proceso asistencial y administrativo; haciendo el cierre de las mismas si realmente al contribuido a la mejora de la situación encontrada.
5. Para la vigencia 2012, y una vez aprobado el Plan de Gestión, se procederá a elaborar el Plan de Desarrollo Institucional y presentarlo ante la Junta Directiva para su estudio y aprobación. Seguido, se elaborarán los planes de acción.
6. Cumplir el 90% de las metas propuestas en los planes de acción anuales.

#### Actividades

1. Realizar una autoevaluación de estándares en cada vigencia.
2. Contratar asesoría externa para la implementación de estándares de acreditación, según los lineamientos de la Resolución 123 de 2012.
3. Capacitar a los líderes de procesos en la metodología de autoevaluación de estándares de habilitación y acreditación.
4. Conformar el equipo de auditoría interna de calidad, con el objeto de hacer las verificaciones entre pares.
5. Programar y ejecutar el plan de auditorías internas de calidad de la atención en salud y procesos de apoyo.
6. Socializar el Plan de Desarrollo Institucional con todos los funcionarios de la ESE Hospital, y demás partes interesadas.
7. Elaborar el plan de acción en cada proceso de la empresa alineado con las metas institucionales contenidas en el Plan de Desarrollo.



8. Cumplir con el rol de acompañamiento y asesoría conforme al artículo 9 de la Ley 87 de 1993, conservando el principio de independencia y objetividad permanente en esta actividad.

## 2. Área de Gestión: Financiera y Administrativa

Objetivo: Mantener las finanzas de la empresa en equilibrio con el desarrollo institucional, el costo de producción, la facturación y el recaudo.

Logros o compromisos

1. Mantener la empresa bajo categoría SIN RIESGO fiscal y financiero.
2. Mantener el resultado de la Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida en  $<0,90$ .
3. Diseñar mecanismos electrónicos para la gestión de proveedores y de compras de la empresa.
4. Mantener el estándar anual del indicador número 6 en  $\geq 0,70$ .
5. Mantener el monto de la deuda por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior en cero o variación negativa.
6. Para la vigencia 2012, presentar a la Junta Directiva 2 informes basados en el RIPS y en el sistema informático de la Institución.
7. En la segunda vigencia y en adelante, presentar informe trimestral ante la Junta Directiva, basados en el RIPS y en el sistema informático de la Institución.
8. Mantener el equilibrio entre la cartera y el gasto.
9. Dar continuidad al envío oportuno de la información solicitada en la Circular Única.
10. Dar continuidad al envío oportuno de la información solicitada en el Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

## Actividades

1. Gestionar el riesgo fiscal y financiero
2. Revisar cada informe del Decreto 2193 de 2004, antes de su envío.
3. Realizar las compras de medicamentos y material médico-quirúrgico a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos.
4. Pagar oportunamente los compromisos salariales con empleados de planta y contratación de servicios.
5. Preparar y analizar previamente el informe trimestral de prestación de servicios basados en el RIPS.
6. Gestionar adecuadamente de la cartera y el control de gastos.
7. Entregar de manera oportuna la información solicitada en la Circular Única.
8. Entregar de manera oportuna la información solicitada en el Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.
9. Cumplir con el rol de acompañamiento y asesoría conforme al artículo 9 de la Ley 87 de 1993, conservando el principio de independencia y objetividad permanente en esta actividad.

### **3. Área de Gestión: Gestión Clínica o Asistencial**

Objetivo: Gestionar la planificación y ejecución de los procesos asistenciales bajo parámetros de pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad, competencia, eficiencia, coordinación, aceptabilidad y efectividad.

#### Logros o compromisos

Alcanzar y mantener el estándar propuesto en cada vigencia ( $\geq 0,85$ ), en la captación de gestantes antes de la semana 12.

Mantener el indicador de Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE, en cero (0) casos.





Durante la vigencia 2012 desarrollar, socializar y dar inicio a la implementación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva, basada en la evidencia científica.

En la segunda vigencia y en adelante, cumplir con el estándar anual propuesto de  $\geq 0,90$ , en la evaluación de aplicación de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.

Durante la vigencia 2012 desarrollar, socializar y dar inicio a la implementación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo, basada en la evidencia científica.

En la segunda vigencia y en adelante, cumplir con el estándar anual propuesto de  $\geq 0,80$ , en la evaluación de aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo. Mantener el estándar sugerido para cada año de  $\leq 0,03$  en el indicador de reingresos por el servicio de urgencias.

Mantener el estándar sugerido para cada año de  $\leq 3$ , en el indicador oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.

#### Actividades

1. Incrementar la búsqueda activa de gestantes antes de la semana 12, a través de actividades conjuntas con la Secretaria de Salud municipal.
2. Implementar sistema informático automatizado.
3. Capacitar y sensibilizar al personal asistencial en la estrategia para la captación activa y permanente de gestantes antes de la semana 12.
4. Aplicar guías y protocolos para mujeres gestantes.
5. Diseñar campañas publicitarias en pro de la prevención de la sífilis congénita, a través de actividades conjuntas con la Secretaria de Salud municipal.
6. Aplicar guías y protocolos de prevención de la sífilis congénita.
7. Implementar sistema informático automatizado.
8. Desarrollar guías basadas en la evidencia para Enfermedad Hipertensiva y manejo de Crecimiento y Desarrollo.